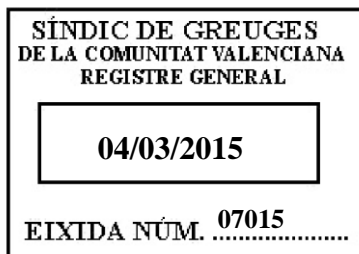




SÍNDIC DE GREUGES DE LA COMUNITAT VALENCIANA



Conselleria de Sanidad
Hble. Sr. Conseller
C/ Misser Mascó, 31-33
VALENCIA - 46010 (Valencia)

=====
Ref. Queja nº 1318208
=====

Asunto: **sobre el cumplimiento efectivo de la Ley /2010 de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo**

Hble. Sr. Conseller.

Dña. (...), con DNI(...), como Presidenta de la Plataforma Feminista de Alicante constituida por diversas asociaciones y entidades en defensa de los derechos de las mujeres se ha dirigido a esta Institución manifestando que consideran que no se están garantizando por parte de las Consellerias competentes en la materia, los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en la Comunidad Valenciana.

La Queja va dirigida por tanto al cuestionamiento del funcionamiento de la Consellería de Bienestar Social relativo a las medidas y ayudas de apoyo a las mujeres que desean ser madres como a la Consellería de Sanidad en relación a las medidas implementadas en relación a garantizar una educación sexual orientada a la planificación familiar para prevenir embarazos no deseados. Solicitando los datos y estadísticas correspondientes.

La queja se formulaba en los siguientes términos:

"Y así, la formulación de la QUEJA, se fundamenta en los siguientes HECHOS:

PRIMERO:

Pensamos que no están siendo suficientes las medidas y ayudas de la Consellería de Bienestar Social en lo referente a la protección a la maternidad para garantizar el apoyo suficiente a las mujeres que deciden ser madres.

Entendemos que el Consell está obligado, de acuerdo a la normativa europea e internacional, amén de la nacional y autonómica, a procurar la protección necesaria y la seguridad jurídica en materia de derechos sexuales y reproductivos a la población. Solicitamos datos concretos y estadísticas oficiales con los indicativos más importantes, para poder evaluar su efectividad.

La autenticidad de este documento electrónico puede ser comprobada en https://seu.elsindic.com		
Código de validación: *****	Fecha de registro: 04/03/2015	Página: 1
C/. Pascual Blasco, 1 03001 ALACANT. Tels. 900 21 09 70 / 965 93 75 00. Fax 965 93 75 54 http://www.elsindic.com/		

Asimismo, creemos que no se está incidiendo ni garantizando suficientemente por parte de la Conselleria de Educación y la de Sanidad en la educación sexual orientada a la planificación familiar para prevenir embarazo no deseados Educación acompañada de un acceso fácil a métodos anticonceptivos que prevengan tanto embarazos no deseados como Enfermedades de Transmisión Sexual. Solicitamos datos concretos y estadísticas oficiales de las actuaciones que se están llevando a cabo, con los indicativos más importantes, confrontadas con las tasas de embarazos no deseados entre adolescentes y jóvenes para poder evaluar su efectividad.

Asimismo, también pensamos que no se garantiza correctamente el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo como garantía del derecho a la maternidad libremente decidida (art. 3.2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo), expresión de los derechos de libertad, intimidad y autonomía personal constitucionalmente reconocidos. Solicitamos datos concretos y estadísticas oficiales con los indicativos más importantes, para poder evaluar su efectividad.

También una explicación sobre las subvenciones otorgadas recientemente a las llamadas organizaciones "pro vida", concretamente qué tipo de proyectos son los que van a realizar, y a cuántos beneficiarios se va a ayudar y de qué manera. Todo ello para poder evaluar a posteriori el destino de tales fondos públicos y la efectividad de tales medidas.

SEGUNDO:

*Por otra parte, consideramos que se están conculcando derechos fundamentales cuando desde la Conselleria de Sanidad se está **rechazando el acceso de las mujeres sin pareja y parejas homomarentales (parejas de mujeres homosexuales)** a las técnicas de reproducción humana asistida a través del S.V.S., discriminando claramente a unas mujeres (mujeres solas y parejas homosexuales) en detrimento de otras (las casadas heterosexuales) en función de una concepción heteropatriarcal de la sociedad que tiene mucho más que ver con la moral religiosa cristiana que con un mandato legal o constitucional.*

(...) queremos que se nos informe sobre el número de peticiones aceptadas y rechazadas por la Sanidad Pública Valenciana de mujeres sin pareja y parejas homomarentales, en los últimos 5 años (agosto 2008-agosto 3013) y motivos de denegación, en su caso. Así como número de peticiones aceptadas y rechazadas (con sus motivos de denegación, en su caso) por la Sanidad Pública valenciana de parejas heterosexuales en el mismo período de tiempo.

TERCERO:

En cuanto a la salud sexual, nuestra más rotunda queja por la negativa de la Consellería de sanidad a tener en cuenta la diversidad sexual en los sistemas educativos y de prevención de las enfermedades de transmisión sexual. Es obvio que en este campo a las mujeres no heterosexuales simplemente no se las contempla, se las invisibiliza y se las obvia.

Ello genera desinformación sobre las diferentes opciones sexuales (...) así como riesgo para la salud pública, puesto que al no existir estrategias ni formación para la prevención de ETS entre parejas de mujeres (..)

Admitida a trámite la queja el 7 de noviembre de 2013 se solicitó informe a la Consellería de Bienestar Social, que con fecha de registro de entrada en esta Institución de 7 de enero de 2014 nos indicaba que.

Actualmente existen 35 centros Infodona en distintos puntos de la Comunidad Valenciana, atendidos por 31 Agentes de igualdad, que actúan como Centros de atención a la maternidad.

Asimismo la Consellería de Bienestar Social cuenta con un número de teléfono de atención a la mujer embarazada, de acceso general y gratuito que funciona las 24 horas del día. Dicho número es el 900.854.800.

Durante los ejercicios 2012 y 2013, el número de consultas en los centros infodona (atención a la maternidad) ha sido el siguiente:

2012: 153 consultas y 2013 (hasta septiembre): 118 consultas

La Orden de ayudas dirigidas al apoyo de la maternidad “Primeros Días”, en los ejercicios 2012 y 2013, como en los anteriores ejercicios, va dirigida a entidades que no tengan finalidad lucrativa...

El importe de las cantidades concedidas en 2012 y 2013, se encuentra publicado en los DOCV de fecha 19 de septiembre de 2012 y 20 de septiembre de 2013, respectivamente (...).

Igualmente y en la misma fecha anteriormente reseñada, esta Institución solicitó informe a la Consellería de Sanidad, que con fecha de registro de entrada en esta Institución de 20 de enero de 2014 y a través de la Directora General de Calidad, nos refería:

Entendemos que los posibles interesados/as planteen dudas, que se han generado debido a la publicación en los medios de comunicación del detalle referido al apartado el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, que establece en su punto "5.3.8. Reproducción humana asistida cuando haya un diagnóstico de esterilidad, siendo lo solicitado de aplicación en estos tratamientos a las parejas homosexuales.

En lo referente a esta queja así como a todas las anteriores recibidas desde esa instancia nos reiteramos en la misma postura e información.

El estudio de la cuestión planteada requiere de un análisis integrado de la normativa específica de aplicación relativa a la reproducción asistida, teniendo en cuenta el contexto general normativo en que se inserta – especialmente la reforma del Código Civil. Y la circunstancia cualificada que afecta al supuesto examinado referente a que las interesadas/os constituyen o no un matrimonio, lo que da lugar al juego de determinadas presunciones que pueden facilitar aunque no determinen, su resolución (...).

Así, cabe señalar que la Ley 13/2005, de 1 de julio modificó el código civil, en el sentido de procurar la posibilidad de contraer matrimonio a parejas homosexuales articulando la igualdad de derechos respecto a aquéllas constituidas por un hombre y una mujer (...).

Es decir (...) no debe existir discriminación alguna. Por ello, quizá la resolución de la cuestión, al margen de la consideración de ciertas cuestiones jurídicas, requiere de una dosis singular de lógica. De manera que habría que considerar por analogía cuál sería

La autenticidad de este documento electrónico puede ser comprobada en https://seu.elsindic.com		
Código de validación: *****	Fecha de registro: 04/03/2015	Página: 3

la solución similar que se plantearía para un matrimonio heterosexual o el constituido por una pareja de hombres, mujer sola u hombre solo.

En el caso de una pareja heterosexual, nadie cuestionaría que la aportación de semen/óvulos, en caso de terapias de Reproducción humana asistida, sería necesaria, ya que la pareja estaría calificada tal como establece el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, que establece en su punto "5.3.8. Reproducción humana asistida cuando haya un diagnóstico de esterilidad "y fuese el marido siempre el padre legal del futuro niño. **Siempre, en la sanidad pública, se ha solicitado en estos casos un estudio previo de esterilidad**, tal y como se establece en los protocolos clínicos.

En el caso de una pareja homosexual el tema cambia, ya que en el caso de una pareja de mujeres, podría considerarse que la donación de semen no modifica el espíritu de la Ley, otra cosa sería si la unión legítimamente formada lo fuera por una pareja de hombres, cuestión que inevitablemente conduciría a una discriminación por razón de sexo y del mismo modo en caso de mujer u hombre solo, ya que los supuestos planteados no están definidos como patológicos.

(...) Realmente la ley de Reproducción humana asistida, no limita en absoluto la utilización de técnicas por razón de sexo o matrimonio, es más, el artículo 6 de la referida disposición legal, determina expresamente que "La mujer podrá ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual", no obstante las consideraciones anteriores contenidas en el real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios del sistema nacional de salud y el procedimiento para su actualización, **se hace mención expresamente al termino "diagnóstico de esterilidad"** e introduciría en la sanidad pública un elemento de subjetividad, distorsión y discriminación por razón de sexo, respecto a otro tipo de solicitudes, efectuadas por varones, que serían imposibles de atender en este ámbito.

Respecto a la solicitud de datos que se requieren, le informo que los datos registrados en la sanidad pública no hacen referencia nunca a cuestiones relativas a preferencias personales o tendencias sexuales de los solicitantes, por tanto nos es imposible conocerlos y en consecuencia poder enviárselos. Los centros de información, en función de la especificidad requerida variarán, yendo desde los médicos de familia que pueden informar de este tema, a los Centros de Salud Sexual y Reproductiva, los ginecólogos de asistencia especializada, y por fin hasta las Unidades de Reproducción humana asistida de los hospitales públicos en última instancia.

Por todo ello y a modo de conclusión hemos de señalar que resulta admisible según la Ley 14/2006 la utilización de la técnicas de reproducción humana asistida en los términos propuestos por la interesada, ya que no vulnera ninguna norma, pero resultaría de excepción su aplicación en los centros sanitarios públicos de la Agencia Valenciana de Salud, excluyendo este tipo de tratamientos, en consideración de lo dispuesto en el real Decreto 1030/2006, y por tanto de su financiación en el ámbito de la sanidad pública.

En cualquier caso, la Agencia Valenciana de Salud es una organización abierta, cuyos protocolos y formas de actuación las dictan expertos en los temas médicos a que se refiere en cada momento la materia a tratar, estos cambian y se revisan permanentemente basándose en la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) sobre todo, pero también, como no puede ser de otro modo, en los cambios sociales y las exigencias que día a día surgen de una sociedad avanzada, siempre que lo solicitado se adecuó a la normativa, no se produzcan otros agravios comparativos, cuestión a la que se está

abierto permanentemente. Además en el contexto actual, respetando la Ley 2 de 2012 de abril, de estabilidad presupuestaria y suficiencia financiera a la que como administración estamos obligados.

Del contenido de ambos informes dimos traslado a la autora de la queja al objeto de que, si lo consideraba oportuno, presentase escrito de alegaciones, como así hizo en fecha 14 de marzo de 2014 manifestando sus discrepancias con ambos informes, haciéndonos saber que:

1.- No se ha contestado lo solicitado a la Conselleria de Educación y la Conselleria de sanidad en relación al párrafo 2º de la queja que copio literalmente:

*Creemos que no se está incidiendo ni garantizando suficientemente por parte de la Conselleria de Educación y la de Sanidad en la **educación sexual orientada a la planificación familiar para prevenir embarazos no deseados**. Educación acompañada de un acceso fácil a métodos anticonceptivos que prevengan tanto embarazos no deseados como Enfermedades de Trasmisión Sexual. Solicitamos datos concretos y estadísticas oficiales de las actuaciones que se están llevando a cabo, con los indicativos más importantes, confrontadas con las tasas de embarazos no deseados entre adolescentes y jóvenes para poder evaluar su efectividad.*

2.- Así mismo tampoco se ha contestado cómo se garantiza correctamente el acceso a la interrupción voluntaria del embarazo como garantía del derecho a la maternidad libremente decidida (art. 3.2 de la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo), expresión de los derechos de libertad, intimidad y autonomía personal constitucionalmente reconocidos. Solicitamos datos concretos y estadísticas oficiales con los indicativos más importantes, para poder evaluar su efectividad.

A la vista de la alegaciones planteadas por la promotora de la queja y en aras a una mayor información sobre las cuestiones planteadas, con fecha 27 de agosto de 2014, esta Institución solicitó informe inicial a la Consellería de Educación, Cultura y Deporte y a su vez a la Consellería de Sanidad solicitud de ampliación de informe.

La Consellería de Educación, Cultura y Deporte, a través de la Directora General de Innovación, Ordenación y Política Lingüística, con fecha de registro de entrada en esta Institución de 29 de septiembre de 2014 nos indica:

Actualmente la Consellería de Educación, Cultura y Deporte junto con la Consellería de sanidad desarrolla un Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES) dirigido a la población adolescente, concretamente a estudiantes de 3º de la ESO.

Este programa se inició en el curso 2009/2010. en él colaboran Técnicos de Promoción de la Salud y de los CIPS (Centros de Información y prevención del Sida de la Consellería de sanidad), que realizan tareas de coordinación y formación de los profesionales, conjuntamente con los sexólogos de los Centros de salud Sexual y Reproductiva y del personal de Atención Primaria, especialmente enfermería y matronas.

Dichos profesionales imparten talleres en las aulas a petición de los centros educativos interesados en aplicar el PIES junto con la colaboración de los Psicopedagogos o Docentes responsables de la puesta en marcha del programa.

Durante el curso 2009-2010 de aplicación del programa, la cobertura alcanzada fue de un sesenta y tres por ciento, en concreto, 28.348 alumnos de 3º de la ESO.

En este último curso 2013-2014 la cobertura alcanzada del programa fue de sesenta y uno por ciento, esto es, 28.137 alumnos de 3ª de la ESO.

Por tanto, se da cumplimiento al objetivo inicial común de la Conselleria de Educación, Cultura y Deporte y de la Conselleria de Sanidad de alcanzar a más del cincuenta por ciento de población escolar adolescente con la puesta en marcha de un programa específico de intervención en educación sexual.

La Consellería de Sanidad con fecha 27 de octubre de 2014 de entrada de registro en esta Institución, amplía la información mediante **dos informes**:

El firmado por el jefe de servicio de atención y comunicación con el paciente que manifiesta:

Atendiendo a su solicitud para ampliar la información sobre la queja arriba referenciada, y con relación al acceso de las mujeres a la interrupción voluntaria del embarazo, así como al número de centros o puntos de información adscritos a esta consellería, a fin de garantizar los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres, les comunicamos que:

-.Desde la entrada en vigor de la ley orgánica 2/2010, que regula entre otros temas, la interrupción voluntaria del embarazo, cualquier usuaria de la Comunidad Valenciana que desee una interrupción de su embarazo, puede acudir al centro de salud sexual y reproductiva de su departamento y solicitarlo.

-.En estos centros se les entrega toda la documentación que establece la ley, y se les facilitan las recomendaciones oportunas, respetando al mismo tiempo los plazos que establece la ley.

-.En cuanto al número de centros de salud sexual y reproductiva existentes en la Comunidad son un total de 73, repartidos entre las tres provincias de la comunidad. Además los hospitales de la red sanitaria pública valenciana se garantizan las prestaciones establecidas en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización", el que establece en su ANEXO III que la "Cartera de servicios comunes de atención especializada" en lo referente a la salud sexual y reproductiva.

Y el segundo informe de la Consellería de Sanidad, firmado por la jefa de servicio de control de la derivación externa de pacientes y tecnología sanitaria:

- Desde la entrada en vigor de la ley orgánica 272010, que regula entre otros temas, la interrupción voluntaria del embarazo, cualquier usuaria de la Comunidad Valenciana que desee una interrupción de su embarazo, puede acudir al centro de salud sexual y reproductiva de su departamento y solicitarlo. En dicho centro se le entrega toda la documentación que establece la ley, y se le da las recomendaciones oportunas, respetando también los plazos que en ella se establecen.

El único requisito que se les exige es que estén empadronadas en la comunidad, pues de no ser así, la asistencia y primera visita en el CSSyR se les presta, pero la financiación de la IVE debe correr a cargo de la comunidad o País de origen de la usuaria.

- En cuanto al número de centros de salud sexual y reproductiva existentes en la Comunidad son 73 repartidos entre las tres provincias de la comunidad. Además en todos los hospitales de la red sanitaria pública se puede dar información sobre reproducción asistida y sobre todas aquellas cuestiones relacionadas con los derechos reproductivos y sexuales de las mujeres.

La autenticidad de este documento electrónico puede ser comprobada en https://seu.elsindic.com		
Código de validación: *****	Fecha de registro: 04/03/2015	Página: 6

Tras lo expuesto anteriormente, le ruego considere los argumentos, que a continuación le expongo, que son el fundamento de las recomendaciones y sugerencias con las que concluimos.

La “Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer” (CEDAW, por sus siglas en inglés) es el primer tratado internacional que reconoce expresamente los derechos humanos de las mujeres. Fue adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979 y ratificada por España.

Los derechos humanos de las mujeres y de las niñas son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales. La plena participación en condiciones de igualdad, de las mujeres en la vida política, civil, económica, social y cultural en los planos nacional, regional e internacional así como la erradicación de todas las formas de discriminación basadas en el sexo, son objetivos prioritarios de la comunidad internacional. Por primera vez se incluyen los derechos sexuales de las mujeres como derechos humanos. De acuerdo con la recomendación 21 de esta Convención, la planificación familiar se entiende como educación sexual garantizada, disponibilidad de servicios de planificación familiar y de métodos anticonceptivos seguros y fiables, medidas gratuitas adecuadas de regulación voluntaria de fertilidad para la salud y el bienestar de todos los miembros de la familia.

Las Declaraciones y Programas de Acción de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de contra la mujer (Beijing, 1995) constituyen un hito en la manera de pensar en la sexualidad y en aspectos reproductivos. Antes de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, esos temas se trataban exclusivamente desde el punto de vista del crecimiento de la población y de las políticas demográficas. Sin embargo, tras la celebración de las mencionadas reuniones internacionales, la sexualidad y la salud reproductiva empezaron a considerarse desde la perspectiva de los derechos humanos. El concepto de derechos de la mujer como derechos humanos comenzaba a considerarse necesaria para dotar de poder a las mujeres y esencial para el progreso de la sociedad en general. La noción de planificación familiar dejó paso al amplio concepto de salud reproductiva, que abarca a hombres y mujeres, y que describe un estado de bienestar físico, mental y social completo en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo.

Los Derechos Sexuales se engloban dentro de los derechos humanos que ya están reconocidos en las leyes nacionales, internacionales y otros acuerdos sobre derechos humanos. Incluyen el derecho de todas las personas a la libertad sin coacción, discriminación y violencia para: alcanzar los más altos estándares de salud sexual, incluyendo el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva; a buscar, recibir y transmitir información sexual; a la educación sexual; respeto a la integridad física; elección libre de pareja; a decidir tener una vida sexual activa o no activa; a las relaciones sexuales consentidas o de mutuo acuerdo; al matrimonio consentido; a decidir si se quiere o no, donde y cuando tener descendencia y a conseguir una vida sexual satisfactoria, placentera y segura.

El Parlamento Europeo, en su resolución sobre el seguimiento de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo exhorta a la Unión Europea a desempeñar el papel principal en la promoción de creación de dispositivos de redes, de investigación y de intercambio de información relativos a la asistencia en materia de salud reproductiva. En su resolución sobre el seguimiento de la Plataforma de Acción de Beijing, el Parlamento Europeo señala la apremiante necesidad de prestar atención a la salud reproductiva, y propone acciones que impidan el aumento de embarazos de adolescentes: un mayor acceso de los jóvenes a los anticonceptivos, un uso más recurrente de las campañas de información y la mejora de la calidad y de la accesibilidad de la educación sexual.

El 3 de julio de 2002, el Parlamento Europeo acuerda una Resolución sobre salud sexual y reproductiva y los derechos en esta materia (2001/2128 (INI)). Aunque se trata de un texto no vinculante jurídicamente, pasa a formar parte del bagaje comunitario y a orientar otras políticas de la UE como las de cooperación al desarrollo. Al mismo tiempo, apoya y promueve los acuerdos de El Cairo y Beijing e insta a alcanzar el objetivo de Beijing + 5 para conseguir un acceso universal a la asistencia sanitaria de alta calidad de ahora hasta el 2015, incluida la asistencia en materia de salud sexual y reproductiva.

En 2004, diez años después de la Conferencia de El Cairo, donde 179 países trazaron un plan de 20 años para mejorar la salud reproductiva y otros servicios que afectan a la población y al desarrollo en todo el mundo, hay varias lecturas sobre la consecución de los objetivos. De camino al 2015, fecha establecida para este logro, se puede decir que muchas personas disfrutan de mejor salud reproductiva, pero sigue habiendo un gran número de servicios a los que no pueden acceder las personas más desfavorecidas. Se da más importancia a la atención materna, pero no se observa la correspondiente reducción de su mortalidad en los países más pobres. Incrementa el número de niños que sobreviven los primeros años de vida, pero más se quedan huérfanos a causa del VIH-SIDA. Aumenta el número de niñas que asisten a la escuela, pero más no reciben educación debido al creciente coste escolar.

En septiembre de 2013 el Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines (2013/2040(INI)) de la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo entre otras consideraciones reconoce que la salud sexual y reproductiva y los derechos afines constituyen un elemento esencial de la dignidad humana que debe abordarse en el contexto más amplio de la discriminación y las desigualdades de género estructurales; pide a los Estados miembros que salvaguarden la salud sexual y reproductiva y los derechos afines a través de la Agencia de los Derechos Fundamentales y del Instituto Europeo de la Igualdad de Género (EIGE), en particular garantizando la existencia de programas y servicios de salud reproductiva, incluyendo cuidados y medicamentos esenciales de planificación familiar voluntaria y salud materna y neonatal, y mediante el seguimiento de las políticas o legislaciones que podrían atentar contra la salud sexual y reproductiva y los derechos afines. Haciendo hincapié en que las políticas en materia de salud sexual y reproductiva y derechos afines deben tener en cuenta los grupos específicos y los riesgos relacionados con sus identidades o situación, especialmente en el caso de minorías étnicas, embarazadas o lesbianas y mujeres bisexuales o transexuales; niños y jóvenes; LGBTI; personas que ejercen la prostitución; reclusos; emigrantes; y usuarios de droga inyectable.

Podemos concluir que la mayoría de los países han establecido políticas y programas de salud reproductiva (o ampliado los que tenían). Muchos también han reorientado los servicios de atención materno-infantil y de planificación familiar, para mejorar la calidad y satisfacer las necesidades de los clientes. Al mismo tiempo, los derechos de reproducción (el derecho de la mujer a escoger la cantidad de hijos/as que desea tener y el intervalo de tiempo en que los quiere tener) han recibido mayor atención en las leyes y las políticas. A pesar de estas metas normativas, continúan las grandes disparidades en la capacidad de las parejas para obtener servicios e información de salud reproductiva.

El concepto de planificación familiar fue definido por un Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) en 1970:

“ La planificación e la familia se funda en prácticas que ayudan a individuos o a parejas a evitar los nacimientos no deseados, favorecer los nacimientos deseados, regular el intervalo entre embarazos, adaptar el orden cronológico de los nacimientos a las edades de los padres y determinar el número de niños que constituirá la familia ”.

Para estos fines se necesita educación y asesoramiento en sexualidad y medicina preventiva y servicios que proporcionen métodos anticonceptivos y realicen asistencia sanitaria en tratamiento de infertilidad, asesoramiento genético y detección precoz de patologías que puedan repercutir en la fecundidad. En la actualidad la planificación familiar queda englobada en el concepto de salud reproductiva, que viene definida por la OMS (2002) como: *“un estado de bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedades y dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y sus procesos”*.

La salud reproductiva se centra en desarrollar el potencial de cada persona en reducir riesgos, en potenciar la maternidad consciente y responsable tratando de evitar los embarazos no deseados o peligrosos. Se ha dejado la noción de planificación familiar, para dar paso al amplio concepto de salud sexual y reproductiva, que abarca a hombres y mujeres, y como señala la OMS entreaña: *“la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuando y con que frecuencia”*.

Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de su elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos”.

La salud sexual se define como: *“la integración de los elementos somáticos emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación, el amor. Esta noción lleva implícito “un enfoque positivo de la sexualidad humana y el propósito de la atención de salud sexual debe ser el realce de la vida y de las relaciones personales y no simplemente la asesoría o la atención relacionada con las enfermedades reproductivas y de transmisión sexual”*.

A su vez, la UNESCO define la Educación Sexual *“como el aprendizaje sobre sexualidad y las relaciones adaptado a cada edad, y cultura, que proporciona una información adecuada, científica, realista y no sentenciosa. La educación sexual facilita la oportunidad de explorar los valores propios y las actitudes para tomar las decisiones personales, hablar y conseguir las destrezas que reduzcan los riesgos sobre distintos aspectos de la sexualidad.”* Por educación se entienden los procesos multidireccionales de socialización (formal e informal) mediante los cuales se transmiten conocimientos, valores, costumbres y formas determinadas de actuar a hombres y mujeres de una sociedad concreta. Por tanto, una información y educación integral, igualitaria y respetuosa, será una herramienta fundamental para promover la salud sexual y el bienestar de las personas. A través de ella, mujeres y hombres podrán decidir con autonomía sobre su vida sexual y reproductiva, desde la niñez hasta la vejez.

La posibilidad de disponer de una educación e información de calidad sobre la sexualidad permite vivirla libremente sin temores ni prejuicios, sustentada en la comunicación, el respeto y el placer, además de contar con las capacidades y recursos para prevenir las ITS incluido el VIH y los embarazos no deseados. Los Programas efectivos de Educación Sexual deberían tener la capacidad de reducir la información incorrecta; aumentar el conocimiento y manejo de información correcta; clarificar y consolidar valores y actitudes positivas; fortalecer las competencias necesarias para tomar decisiones fundamentadas y la capacidad de actuar en función de ellas; mejorar las percepciones acerca de los grupos de pares y las normas sociales; y aumentar y mejorar la comunicación con padres, madres y otros adultos de confianza. El entorno escolar ofrece una importante oportunidad para impartir educación en sexualidad a un gran número de jóvenes, antes del inicio de su vida sexual activa, así como hacerlo a través de una estructura adecuada, es decir, el currículo oficial. Las escuelas tienen el potencial de convertirse en centros comunitarios de confianza que proporcionen vínculos a otros recursos, tales como los servicios encargados de la salud sexual y reproductiva, el abuso de sustancias, la

La autenticidad de este documento electrónico puede ser comprobada en https://seu.elsindic.com		
Código de validación: *****	Fecha de registro: 04/03/2015	Página: 9

violencia basada en género, y las crisis domésticas. Este vínculo entre la escuela y la comunidad es especialmente importante en términos de la protección infantil, dado que ciertos grupos de niños, niñas y jóvenes son particularmente vulnerables. Entre estos se incluyen las personas desplazadas, discapacitadas, huérfanas y las que viven con VIH. Todas ellas necesitan tener acceso a información relevante y adquirir competencias de autoprotección, así como acceso a servicios comunitarios que los protejan de la violencia, el abuso y la explotación. Las campañas de sensibilización e información realizadas se centran generalmente en la prevención de riesgos asociados al comportamiento sexual, más que en la construcción de referentes culturales y simbólicos que favorezcan un concepto de la sexualidad integral y holístico y que por tanto generen un espacio para una sexualidad saludable. Entre la juventud, debido al modelo de socialización diferencial de género, siguen presentes los patrones sexuales tradicionales, que aunque están insertos en un contexto social contemporáneo y se manifiestan de manera diferente, reproducen relaciones similares de poder y subordinación.

La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF en sus siglas en inglés), ha adoptado una **Declaración de los Derechos Sexuales**. Esta declaración, que está basada en los derechos humanos aceptados internacionalmente, tiene una estructura similar a la primera carta de derechos sexuales y reproductivos de la IPPF. En esta declaración también se incluye el derecho a la educación e información. La **Asociación Mundial por la Salud Sexual** publicó una declaración de salud sexual en 2008 donde se reconocen los derechos sexuales como esenciales para lograr una salud sexual para todas las personas. Por ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos de manera transversal, para que el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se dé en coordenadas de igualdad, justicia y equidad.

1.- Grupos etáreos: infantojuvenil y mayores

Se ha observado que la juventud posee gran posibilidad de aprendizaje y de gestionar su salud y su sexualidad, pero a la vez tiene una serie de carencias informativas, educativas y de desarrollo de habilidades que provocan, en ocasiones, que su vida sexual ni sea enriquecedora, ni les ayude a conocerse, aceptarse y a disfrutar de lo que hacen. En este sentido, y respecto a la población joven LGTB, el proceso que deben vivir de autoaceptación y de explicación de sus opciones y orientaciones sexuales e identidad de género, la coloca en una posición de mayor vulnerabilidad con riesgo de baja autoestima y dificultad de negociación en sus primeras relaciones y prácticas sexuales.

2.- Discapacidades

Tal y como indica el artículo 5 de la Ley Orgánica 2/2010 del 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, los poderes públicos, en el desarrollo de sus políticas sanitarias garantizarán la eliminación de toda forma de discriminación, con especial atención a las personas con algún tipo de discapacidad, a las que se les garantizará su derecho a la salud sexual y reproductiva, estableciendo para ellas los apoyos necesarios en función de su discapacidad.

Uno de los esquemas más extendidos en la visión tradicional de la discapacidad, ha sido la creencia en la ausencia de sus necesidades sexuales, puesto que la existencia de tabúes muy arraigados en nuestra cultura ha limitado de manera importante la posibilidad de desarrollarla plenamente.

Las personas con discapacidades tienen derecho a acceder a la educación afectivo-sexual para poder vivirla saludablemente. Deben alcanzar conocimientos sobre el funcionamiento del cuerpo, cómo se produce un embarazo y cómo se puede evitar, cómo hacer que las relaciones sexuales sean más comunicativas y placenteras, identificar prácticas abusivas y buscar estrategias para poderlas afrontar o cómo evitar las ITS-VIH. Privarlas de educación sexual es exponerlas a una mayor vulnerabilidad. Dicha información debe estar disponible en formatos

accesibles y diferentes que garanticen su adecuada recepción, habiendo facilitado la participación activa de las mismas en su elaboración.

3.- Lesbianas, gays y bisexuales

En 1973 la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) decidió eliminar la homosexualidad del “Manual de Diagnóstico de los trastornos mentales” (DSM) e instó a rechazar toda legislación discriminatoria contra gays y lesbianas.

Éste sólo fue el primer paso de un lento proceso de cambio que tardaría n llegar al resto del mundo, pues hubo que esperar aún dos décadas, hasta 1990, para que la Organización Mundial de la Salud (OMS), retirara la homosexualidad de su lista de enfermedades mentales.

La opinión de que “la homosexualidad es una enfermedad” empieza a ser minoritaria, aunque todavía hay un porcentaje considerable de hombres (17,8%) y en menor medida de mujeres (14,1%) que están de acuerdo con dicho enunciado. Esta opinión es más común en las personas a partir de 55 y más años.

La homofobia y la bifobia latentes en la sociedad, siguen ocasionando problemas de autoestima y auto aceptación en algunas personas cuyas opciones y orientaciones sexuales no se ajustan a la heteronormatividad.

4.- Mujeres y hombres transexuales

La transexualidad no está asociada ni depende de las opciones y orientaciones sexuales, es decir, existen mujeres y hombres transexuales bisexuales, homosexuales, heterosexuales. Probablemente, una de las reivindicaciones pendientes para la comunidad transexual y los diferentes movimientos de defensa de los derechos humanos es la concienciación social de que la transexualidad no es una amenaza, ni una aberración, ni una enfermedad, es decir, la lucha contra la discriminación que genera la transfobia.

En el terreno legal y social, las personas transexuales suelen reivindicar dos derechos. Uno, mayor facilidad para modificar el sexo legal y otro, la cobertura sanitaria integral. Respecto al sexo reconocido legalmente, en España, la ley 3/2007, de 15 de marzo, reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas permite el cambio de la mención de sexo en los documentos oficiales, incluyendo el registro civil y el DNI siempre que se cumplan los requisitos expuestos en la ley.

Una de sus reivindicaciones históricas se basa en la importancia que tiene el sistema de salud para la realización de los procesos de hormonación y las operaciones de reasignación sexual. En 1989, el Parlamento Europeo instaba a los estados miembros a posibilitar el acceso a las personas transexuales a una asistencia sanitaria integral, aunque todavía hoy, el Manual de Diagnóstico Psiquiátrico DSM-IV-TR, clasifica la transexualidad como Trastornos de la Identidad Sexual. En el sistema sanitario público español existen al menos cinco unidades especializadas en la atención a la identidad de género y la reasignación sexual: el Hospital Carlos Haya de Málaga en Andalucía, el Hospital Ramón y Cajal de Madrid, el Hospital de las Cruces de Barakaldo en el País Vasco, el Hospital Clínic de Barcelona en Cataluña, el Hospital de San Agustín de Avilés del Principado de Asturias.

No hay que olvidar, tal y como recoge el Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el sida (2008-2012), que las mujeres transexuales tienen una particular vulnerabilidad por algunas de sus prácticas sexuales y los mismos factores socioeconómicos y culturales del resto de mujeres, interrelacionados además con el impacto del estigma de la transfobia sufrida.

5.- Personas VIH positivas

Una de las consecuencias más graves de la epidemia de VIH/sida es el estigma y la discriminación que sufren las personas con VIH/sida; una discriminación que atenta contra su dignidad como personas y que, por tanto, representa una vulneración de los derechos humanos. Esta discriminación, además, supone un gran obstáculo en el tratamiento y la prevención del VIH ya que puede actuar como facilitador de conductas de riesgo por miedo a reconocer la seropositividad, miedo a la realización de la prueba del VIH y ocultación de prácticas de riesgo por parte de personas que se encuentran en situaciones de mayor vulnerabilidad.

Además, suelen ser frecuentes las dificultades en la esfera de la sexualidad, producidas, entre otros motivos, por el impacto de los efectos secundarios de algunos tratamientos antirretrovirales sobre la imagen corporal, por la angustia derivada del diagnóstico, los efectos secundarios de los tratamientos, el miedo al rechazo y al abandono, el sentimiento de culpa o el temor a transmitir el virus o reinfectarse, que pueden tener un impacto significativo en su calidad de vida, y en la capacidad para disfrutar y participar en una relación sexual deseada. Las mujeres son más vulnerables a la infección por VIH que los hombres, debido a factores biológicos, socioeconómicos y culturales. Las desigualdades de poder comportan un control limitado de los medios de prevención y dificultan la percepción del riesgo frente a las ITS y el VIH. Por tanto, en ocasiones, las mujeres ven limitada su capacidad para ejercer control sobre su salud sexual y reproductiva. Además, el impacto de la violencia de género en sus diferentes expresiones, es una de las causas más importantes para el aumento de dicha vulnerabilidad.

6.- Migración

En la vivencia de la sexualidad está presente también la realidad social, económica y cultural de las personas. Aspectos como la autoestima, las creencias sobre el amor y las relaciones o las situaciones de soledad y aislamiento, tienen una influencia clave sobre la salud sexual de la población española y también inmigrante. Esto, unido a las características específicas que traen consigo los procesos migratorios, en ocasiones pueden hacer que las personas inmigrantes se encuentren con barreras que dificultan su acceso a la información y atención de los servicios de prevención de ITS-VIH y embarazos no deseados.

7.- Violencia sexual

La violencia sexual se define en el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* de la OMS como:

“todo acto sexual, la tentativa de consumar un acto sexual, los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de la relación de ésta con la víctima, en cualquier ámbito, incluidos el hogar y el lugar de trabajo”.

La violencia sexual abarca el sexo bajo coacción de cualquier tipo, incluyendo el uso de fuerza física, las tentativas de obtener sexo bajo coacción, la agresión mediante órganos sexuales, el acoso sexual incluyendo la humillación sexual, el matrimonio o cohabitación forzados incluyendo el matrimonio de menores, la prostitución forzada y la comercialización y el tráfico de niñas/os y mujeres, los abortos y embarazos forzados, la denegación del derecho a hacer uso de la anticoncepción o a adoptar medidas de protección contra infecciones, y los actos de violencia que afecten a la integridad sexual de las mujeres tales como la mutilación genital femenina y las inspecciones para comprobar la virginidad. Estas agresiones tienen sus profundas raíces en las desigualdades de género y en las relaciones de poder, siendo a su vez una de las manifestaciones más desgarradora de la misma.

La violencia de género causa indefensión y grandes dificultades a las mujeres para cuidar de su salud sexual y reproductiva. En las mujeres que se encuentran en una relación abusiva aumenta

La autenticidad de este documento electrónico puede ser comprobada en <https://seu.elsindic.com>

Código de validación: *****

Fecha de registro: 04/03/2015

Página: 12

considerablemente el riesgo de infección por VIH y la posibilidad de tener un embarazo no deseado, debido al miedo a las consecuencias de oponerse a una relación sexual no deseada, al temor al rechazo si intenta negociar relaciones sexuales más seguras, y a la propia coerción y manipulación emocional a las que se ven sometidas. Por otra parte, el mismo diagnóstico de infección por VIH o la noticia de un nuevo embarazo, son en sí mismos factores de riesgo para aumentar la violencia de género que sufren las mujeres. Además, tiene otras consecuencias significativas para la salud, incluyendo suicidio, síndrome de estrés postraumático, otras enfermedades mentales, embarazos no deseados, lesiones autoinfligidas, y en el caso de abuso sexuales de menores, adopción de conductas de alto riesgo como tener múltiples parejas sexuales, consumo de alcohol y drogas, autoestima deteriorada y menor capacidad para negociar la actividad sexual.

Otra violación de los derechos humanos es la trata de seres humanos con fines de explotación sexual. Tal y como indica el Plan Integral de Lucha contra la Trata de Seres Humanos con Fines de Explotación Sexual (2009- 2010) ésta abarca la prostitución, el turismo sexual, la compra de novias por correspondencia y los matrimonios serviles, constituyéndose en una manifestación más de la situación de desigualdad en la que se encuentran las mujeres y niñas en muchos lugares del mundo, y mostrándose como una clara expresión de la violencia de género.

En España:

Mediante la *Ley 45/1978 del 7 de octubre se modificaban los artículos 43 bis y 416 del mismo código con lo que se despenalizaba la divulgación de los métodos anticonceptivos.*

La Constitución Española aprobada en diciembre de 1978 es el marco legal a partir del cual se va concretando la normativa vigente en relación a los derechos sexuales y reproductivos en nuestro país. De manera específica referenciamos el artículo 10 sobre los derechos y deberes fundamentales, los correspondientes al Capítulo II relativos a Derechos y Libertades (14 al 29); y los correspondientes al Capítulo III De los principios rectores de la política social y económica específicamente el art. 43 relativo al derecho a la protección de la salud.

La Ley Orgánica 8/1983, de Reforma Urgente y Parcial del Código Penal, despenalizó la esterilización voluntaria.

En 1985: *Ley Orgánica 9/1985, de 5 de julio, de despenalización del aborto en determinados supuestos.* La L.O. 9/1985 introduce el artículo 417bis al código penal mediante el cual se despenaliza el aborto en ciertos supuestos. La ley orgánica 10/1995 del Código Penal deja vigente el artículo 417bis del antiguo código.

En 1986 se promulga la *Ley General de Sanidad* cuyo objetivo era la universalización de la asistencia sanitaria, la garantía de igualdad de acceso a toda la población a las prestaciones sanitarias y la coordinación de los recursos sanitarios públicos para hacer efectivas estas prestaciones. En 1.995 mediante el *Real Decreto sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud* que define y regula, entre otras, las prestaciones relacionadas con salud materno infantil y Planificación Familiar con cargo a la seguridad Social. Este decreto asigna a la atención primaria “la indicación y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos” y dentro de la atención especializada “planificación familiar, consejo genético en grupos de riesgo, vasectomías y ligaduras de trompas, y la interrupción voluntaria del embarazo en los supuestos a que se refiere la Ley Orgánica 9/1985”.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, que determina las actividades de coordinación y cooperación de las administraciones públicas

La autenticidad de este documento electrónico puede ser comprobada en <https://seu.elsindic.com>

Código de validación: *****

Fecha de registro: 04/03/2015

Página: 13

sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias. La pieza fundamental de interconexión del SNS es el Consejo Interterritorial del SNS (CISNS) junto con la Alta Inspección que velará por el cumplimiento de los acuerdos tomados en el seno de dicho Consejo.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, que reconoce que en la violencia de género, se incluyen aspectos que tienen que ver con las agresiones sexuales y con el acoso sexual, y por ende con la igualdad, el respeto y la autonomía en las relaciones afectivas y sexuales, así en su art. 1 incluye en la definición las agresiones que impiden la libertad sexual.

Ley 13/2005, de 1 de julio, por la que se modifica el Código Civil en materia de derecho a contraer matrimonio. En ella se articula la igualdad de derechos respecto a aquellas uniones constituidas por un hombre y una mujer.

En el Preámbulo de la ley se contienen afirmaciones como “ (...) con plenitud e igualdad de derechos y obligaciones cualquiera que sea su composición(...). En la misma línea de no discriminación cabe situar el contenido de la disposición adicional primera, en la que se determina que “las disposiciones legales y reglamentarias que contengan alguna referencia al matrimonio se entenderán aplicables con independencia del sexo de sus integrantes”.

Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida que regula la aplicación de las técnicas de reproducción humana asistida acreditada científicamente y clínicamente indicadas. Y en donde expresamente la mujer puede ser usuaria o receptora de las técnicas reguladas en esta Ley con independencia de su estado civil y orientación sexual.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en el anexo II dedicado a atención primaria, punto 6.2 de servicios de atención a la adolescencia, se hace referencia a la promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual. Igualmente, en el punto 6.4, hay una sección específica de atención de personas con VIH+ y enfermedades de transmisión sexual con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejora de su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.

Ley 3/2007, de 15 de marzo, Reguladora de la rectificación registral de la mención relativa al sexo de las personas, teniendo por objeto regular los requisitos necesarios para acceder al cambio de la inscripción relativa al sexo de una persona en el Registro Civil, cuando dicha inscripción no se corresponde con su verdadera identidad de género, reconoce a su vez, el derecho de las lesbianas a poder registrarse como madres siempre que estén casadas y hayan accedido a la maternidad por las Técnicas de Reproducción Asistida.

Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, en la que a través del artículo 27 se recoge el compromiso para integrar el principio de igualdad de oportunidades en las políticas sanitarias.

La Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo. Es el referente legal más importante por su vocación de adecuar el marco normativo español al consenso de la comunidad internacional, garantizar derechos fundamentales en salud sexual y reproductiva, regular la interrupción voluntaria del embarazo (sacándola del marco del Código Penal) y requerir una estrategia institucional de atención a la salud sexual y reproductiva. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, cumpliendo con este mandato, publicó en 2011 la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en la que se recogen las recomendaciones y medidas que la garantizan.

Ley Orgánica 8/2013, de 9 de diciembre, para la mejora de la calidad educativa (LOMCE) estableció en su preámbulo, como uno de los principios en los que se inspira el Sistema Educativo Español: *la transmisión y puesta en práctica de valores que favorezcan la libertad personal, la responsabilidad, la ciudadanía democrática, la solidaridad, la tolerancia, la igualdad, el respeto y la justicia, así como que ayuden a superar cualquier tipo de discriminación. Se contempla también como fin a cuya consecución se orienta el Sistema Educativo Español la preparación para el ejercicio de la ciudadanía y para la participación activa en la vida económica, social y cultural, con actitud crítica y responsable y con capacidad de adaptación a las situaciones cambiantes de la sociedad del conocimiento.*

Así como otros documentos marcos de la puesta en marcha de programas específicos y prestaciones en torno a los derechos sexuales y reproductivos como:

Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011), aquellas acciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva.

Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y Sida. España. 2008-2012, del MSPS.

I Plan de Acción para las Mujeres con Discapacidad aprobado por el Consejo de Ministros de 1 de diciembre de 2006.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva en 2011, anteriormente citada.

II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. Aprobado por Acuerdo de Consejo de Ministros de 5 de abril de 2013

II Plan Integral de Acción de Mujeres con Discapacidad 2013-2016 aprobado por el CERMI (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad).

En la Comunidad Valenciana

El Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana es el marco general de todo el desarrollo normativo de nuestra Comunidad y el TÍTULO II De los derechos de los valencianos y valencianas abarca la Carta de de los derechos sociales en donde se encuadra los derechos relativos a la salud y el bienestar.

A finales de los años setenta y principios de los ochenta es cuando aparecen los primeros centros de planificación familiar y comienzan las primeras enseñanzas de educación sexual.

En el marco del *Decreto 42/1986, de 21 de marzo, del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se define y estructura la Atención Primaria de la Salud en la Comunidad Valenciana* se aprueba la Orden de 31 de marzo de 1987, de la Conselleria de Sanidad y Consumo por la que se regulan los Centros de Planificación Familiar en la Comunidad Valenciana, y es donde se establecen las funciones de dichos centros que se actualiza mediante Orden de 12 de mayo de 1995, de la Conselleria de Sanidad y Consumo, por la que se establece la ordenación territorial de los Centros de Planificación Familiar y la cobertura de éstos.

Entre 1985 y 1995 la sanidad valenciana sufre una profunda transformación, con la transferencia de estas competencias a la comunidad autónoma y bajo el amparo de la Ley General de Sanidad se produce la integración mayoritaria de estos servicios en una red sanitaria única dependiente de la Consejería de Sanidad. Se produce una importante inversión y crecimiento de recursos sanitarios, constituyendo 73 Centros de Salud Sexual y Reproductiva (en adelante CSSyR) en la Comunidad Valenciana, que son los que existen en la actualidad.

La ley 4/2005, de 17 de junio, de Salud Pública de la Comunidad Valenciana, es el texto normativo, que regula las actuaciones en materia de salud pública que se desarrollan en el ámbito territorial de la Comunitat Valenciana, y establece la necesidad de disponer de una

La autenticidad de este documento electrónico puede ser comprobada en <https://seu.elsindic.com>

Código de validación: *****

Fecha de registro: 04/03/2015

Página: 15

cartera de servicios donde se hagan efectivas las prestaciones en materia de salud pública a la que tiene derecho toda la población de la comunidad valenciana.

Siguiendo con el desarrollo marcado por esta ley, el 23 de julio del 2009, se publicó el *Decreto de cartera de servicios de Salud Pública 98/2009*, donde se enmarcan las ofertas que coordina o provee la Conselleria de Sanidad a través de su Dirección General de Salud Pública. Y en dicha Cartera de servicios en su Apartado 3. Promoción y Educación para la Salud está incluida Promoción de estilos de vida saludables: promoción de la salud sexual y reproductiva

Ley 8/2008, de 20 de junio, de la Generalitat, sobre los Derechos de Salud de los niños y adolescentes, en donde se contemplan en los derechos de los niños y adolescentes en relación a la salud sexual y reproductiva así como las relativas a las relaciones afectivo-sexuales y de aquellos en especial situación de vulnerabilidad (discapacidad, portadores de VIH, etc.)

Ley 12/2008 de 3 de julio de la Generalitat, de protección Integral de la Infancia y la Adolescencia de la Comunitat Valenciana desarrolla en el Título II Carta de derechos del menor de la Comunitat Valenciana un marco específico en relación a los derechos de la salud integral en la infancia y adolescencia.

Ley 6/2009, de 30 de junio, de protección a la maternidad cuyo objetivo es la configuración del marco jurídico de actuación de la Generalitat en el ámbito de la protección y atención social a la maternidad, que comprende el diseño de medidas y actuaciones dirigidas a garantizar y proteger el derecho de la mujer gestante que se debe seguir ante su embarazo y donde de manera expresa se plantea la realización de una política preventiva y educativa en este ámbito, en todas las etapas evolutivas, que incluya de forma especial medidas informativas y formativas dirigidas a la infancia y adolescencia.

Ley 4/2012, de 15 de octubre, por la que se aprueba la Carta de Derechos Sociales de la Comunitat Valenciana contempla el derecho a la sanidad y a la protección de la salud en su art. 19 y de acuerdo con la regulación contenida en el artículo 14 de la Constitución Española y en los artículos 10.3 y 11 del Estatut d'Autonomia de la Comunitat Valenciana, el título II tiene por objeto la igualdad entre mujeres y hombres, si bien este título no agota las diferentes manifestaciones de la igualdad de mujeres y hombres en la medida en que dicho principio se proyecta en la regulación de otros derechos, fundamentalmente en el ámbito familiar, laboral y educativo, en los que se establecen sus correspondientes manifestaciones.

La Orden 62/2014, de 28 de julio, de la Consellería de Educación, Cultura y Deporte, por la que se actualiza la normativa que regula la elaboración de los planes de convivencia en los centros educativos de la Comunitat Valenciana y se establecen los protocolos de actuación e intervención ante supuestos de violencia escolar. Anexo I

Así como otros documentos marcos de la puesta en marcha de programas específicos y prestaciones en torno a los derechos sexuales y reproductivos como el I Plan de Salud de Comunidad Valenciana (2001-2004) el II Plan de Salud de Comunidad Valenciana (2005-2009) y el III Plan de Salud de Comunidad Valenciana (2010-2013).

Por definición, la salud sexual y reproductiva implica tanto a hombre como mujeres, a lo largo de toda su vida fértil, lo que equivale al periodo de vida que va desde la adolescencia y juventud hasta la etapa climatérica en la mujer y edades muy avanzadas en el caso de los hombres. Este colectivo poblacional se amplía a personas sexualmente activas en determinadas actividades formativas y preventivas. Prestando especial atención a los usuarios/as en situación de riesgo social. Entendiendo como factor de riesgo toda característica o circunstancia determinable de una persona o grupo de personas que, según los conocimientos que se poseen, asocia a los interesados a un riesgo anormal de sufrir un proceso patológico o de verse afectados

desfavorablemente por tal proceso. Los factores de riesgo suelen ser causas o señales que son observables o identificables antes de producirse el acontecimiento que predicen. Las asociaciones en un mismo individuo de factores de riesgo, refuerzan la probabilidad del resultado desfavorable. Por otra parte, la interacción de factores biológicos de riesgo con otros de carácter social y ambiental, aumentan también el efecto.

En relación a los Centros de Planificación Familiar denominados actualmente Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSSyR) estos se encuentran integrados en la estructura de la Atención Primaria como Unidades de Apoyo para :

- Proporcionar una atención integral a individuos, familias y comunidad.
- Favorecer la accesibilidad de la población, tanto de mujeres como de hombres.
- Facilitar la coordinación con los Equipos de Atención Primaria.

Los CSSyR están presentes en todos los departamentos de salud, en ellos se desarrollan aspectos educativo-informativos (sobre anticoncepción ventajas y beneficios, sexualidad y procreación), preventivos (Enfermedades de transmisión sexual, Cáncer Genital, Interrupción Legal del Embarazo) y asistencial (asesoramiento y tratamiento).

Una de las actividades desarrolladas por los Centros de Planificación desde sus inicios fue la Educación sexual orientada a la población adolescente. De hecho y a partir del curso 2009/2010 y recogiendo la rica experiencia previa de actividades de educación sexual en la escuela se puso en marcha el Programa de Intervención en Educación Sexual (PIES). El programa va dirigido a población adolescente, concretamente a estudiantes de 3º de la ESO y de programas educativos específicos en este mismo rango de edad (PQPI, PDC, INTEGRA).

El PIES es una actividad de las Consellerias de Sanitat y Educación que se desarrolla gracias al trabajo conjunto de los técnicos de promoción de la salud, que desarrollan las tareas de coordinación y formación de los profesionales conjuntamente con los sexólogos de los Centros de Salud Sexual y Reproductiva; y del personal de atención primaria, especialmente enfermería y matronas, que imparten los Talleres en las aulas, en colaboración con los psicopedagogos o docentes responsables del PIES en los centros educativos.

Algunos datos de *La Encuesta Nacional de Salud Sexual*, que se realizó en 2009 en nuestro país en cumplimiento de uno de los objetivos del Plan de Calidad del SNS. *Siendo la primera encuesta de salud sexual que contempla el enfoque de género, en todos los países de la Región Europea de la OMS*, junto con otras fuentes de información como las Encuestas DAPHNE de los años 2009 y 2011, el Informe anual de Vigilancia Epidemiológica de las enfermedades transmisibles del Centro Nacional de Epidemiología de 2012, el Registro Nacional de Casos de Sida y otros informes relacionados con la salud sexual (The Global Divide on Homosexuality, 2013; European Union Agency for Fundamental Rights, 2013 **nos indican** que en relación a la situación de la salud reproductiva, después de una trayectoria de aumento mantenido, el año 2008 marca un punto de inflexión en la evolución de los nacimientos y de la fecundidad en España. A partir de ese año, ambos indicadores inician una tendencia claramente descendente. En el caso de los nacimientos, el mayor descenso se produjo en 2009, año en que los nacimientos se redujeron un 4,8% respecto al año anterior. La tendencia descendente ha continuado hasta 2012, con 66.142 nacimientos menos que en 2008. En el caso de la fecundidad medida por el número de hijos/as por mujer (ISF), la mayor reducción se produjo también en 2009 y ha continuado descendiendo, aunque con una intensidad menor que la natalidad.

También en 2008 se produjo un cambio de tendencia en la edad media a la maternidad: desde mediados de la década de 2000 inicia un leve descenso, que finaliza en 2008 para iniciar un marcado aumento, de manera que en 2012 se sitúa en 31,6 años frente a los 30,8 años de 2008.

La autenticidad de este documento electrónico puede ser comprobada en <https://seu.elsindic.com>

Código de validación: *****

Fecha de registro: 04/03/2015

Página: 17

Este aumento de la edad media a la maternidad se produce por el importante descenso de la fecundidad en las edades jóvenes y el aumento entre las mayores.

En el caso de las interrupciones voluntarias del embarazo, tanto el número total como la tasa por mil mujeres de 15 a 44 años mantienen su tendencia ascendente y sólo durante 2009 experimentó un ligero descenso (3,2%) tras una ralentización del crecimiento en 2008. Los últimos datos disponibles correspondientes a 2013 la tasa se sitúa en 11,40, después de un repunte en 2011 y 2012.

El motivo principal de las interrupciones voluntarias del embarazo en el periodo 1992-2010, clasificado según el criterio de la Ley Orgánica 9/1985 vigente hasta el año 2010, fue la «salud materna» (97%), seguida del «riesgo fetal» (3%). Desde 2010, de acuerdo a la nueva clasificación, el motivo más frecuentemente registrado fue «a petición de la mujer». En 2013 este motivo supuso el 89,93% de peticiones.

La evolución de la mortalidad infantil y las muertes fetales tardías no muestra cambios claros durante los últimos años, salvo una ligera ralentización de la tendencia de mejora observada hasta 2008. El porcentaje de nacimientos de bajo peso (<2500g) y muy bajo peso (<1500g) experimentó un ligero, pero mantenido ascenso, desde 1996 (datos no mostrados).

Los mismos informes en relación a la situación de la salud sexual también nos indican que la población española se muestra satisfecha con su vida sexual (hombres: 88,4%; mujeres: 83,4%) y la mayoría considera que tiene buena o muy buena información sobre sexualidad. Un 20% de los jóvenes (<25 años) declara carecer de información de calidad, y el acceso a la información empeora con la edad. La familia y las amistades constituyen la principal fuente de información sexual, seguida por la escuela y el centro de salud. Según las encuestas DAPHNE, la escuela parece perder relevancia como fuente de información en el periodo 2005-2009 respecto a 2002-2005, al igual que los centros sanitarios, y únicamente Internet crece como medio de información (139% en chicas y 78% en chicos).

La sexualidad entendida como hecho diferenciado de la reproducción alcanza un respaldo mayoritario. Para el 74% de los hombres y el 79% de las mujeres las relaciones sexuales son un medio para buscar comunicación, placer y ternura. Estereotipos sexistas, como los mayores deseo y capacidad sexual masculina, siguen vigentes en más de la mitad de la población española, así como la identificación del sexo «verdadero» con la penetración y el orgasmo. Las ideas y actitudes estereotipadas son más frecuentes en edades avanzadas, pero aún prevalecen en sectores importantes de la juventud. El 59% y el 46,8% de los hombres y las mujeres jóvenes (<25 años) participan de esta idea de sexo «verdadero», y para el 4,9% de los jóvenes la procreación es el objetivo principal del sexo.

Aunque el informe The Global Divide on Homosexuality señala una importante aceptación de la homosexualidad en España (82% en 2007 y 88% en 2013), la Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva de 2009 detecta ciertas manifestaciones de intolerancia hacia la diversidad sexual. Un 16% de la población considera la homosexualidad como una enfermedad. Estas ideas, más frecuentes en la población de mayor edad, también son defendidas por un 13,4% de los jóvenes. Igualmente, un 31% desaprueba cambios en las opciones sexuales a lo largo de la vida, y este rechazo lo manifiesta el 23,5% de los jóvenes (datos no mostrados). La intolerancia hacia la homosexualidad femenina es más prevalente que hacia la masculina. Un 54% de los hombres y un 26% de las mujeres opinan que las relaciones entre dos mujeres son menos respetables que las relaciones entre un hombre y una mujer, y cuando se trata de la relación entre dos hombres esta proporción desciende al 22% y el 19% respectivamente. También la encuesta de la European Union Agency for Fundamental Rights de 2013 confirma actitudes homófobas en España. El 38% del colectivo de lesbianas, gays, bisexuales y

transgénero reconoce ser objeto de discriminación o acoso por su orientación sexual, aunque esta proporción es inferior a la europea (47%).

En relación a las conductas sexuales, el 32% de los hombres declaran haber pagado alguna vez por mantener relaciones sexuales, mientras que en las mujeres es una conducta muy minoritaria (0,3%). Por el contrario, los abusos sexuales son tres veces más frecuentes en las mujeres que en los hombres, y en ambos casos proceden principalmente del entorno familiar y cercano. La discriminación en función del sexo es más habitual en las mujeres que en los hombres, al igual que las relaciones sexuales forzadas e involuntarias.

El uso de anticonceptivos es mayor en las relaciones ocasionales (75,2%) que en las estables (53,6%), y el método más frecuente es el preservativo masculino en ambos casos. El informe DAPHNE de 2011 muestra un descenso en el uso del preservativo y de la píldora en las mujeres en edad fértil.

El sexo seguro en las relaciones esporádicas u ocasionales es practicado por el 79% de la población. Un 22% de los hombres y un 18,6% de las mujeres declaran no adoptar medidas de protección frente a las ITS en las relaciones ocasionales, proporción que aumenta en las relaciones estables (57,1% y 59,5%, respectivamente).

La incidencia de ITS mantiene una tendencia al alza para la sífilis y la gonococia, mientras que disminuyen los nuevos diagnósticos de infección por el VIH. El comportamiento del VIH varía según los mecanismos de transmisión. Así, los hombres que tienen sexo con hombres son los más expuestos y su incidencia aumenta, pero desciende en los usuarios de drogas intravenosas y se estabiliza en los heterosexuales. La infección por el VIH es menos frecuente en las mujeres que en los hombres, y la vía de transmisión fundamental en ellas es la heterosexual, causante del 80% de las nuevas infecciones, frente al 23% en los hombres.

La incidencia de sida continúa el descenso iniciado a mediados de la década de 1990. El 77% de los diagnósticos de 2012 fueron en hombres, con un aumento de los casos que contrajeron la infección por relaciones heterosexuales no protegidas (29% en 2004 y 35% en 2012). La proporción de casos de sida en personas extranjeras fue baja hasta finales de los años 1990 (3%), y posteriormente aumenta (31% en 2012) (datos no mostrados).

Podríamos concluir que en el caso de la salud reproductiva, los datos ponen de manifiesto la relación entre la crisis económica y el descenso del número de nacimientos y el retraso en la edad a la maternidad. Eliminando otros factores explicativos del descenso de la natalidad no relacionados con el contexto económico, como el descenso en el número de personas en edad reproductiva, puede estimarse que el empeoramiento del contexto económico y social ha provocado que en 2012 nacieran casi 40.000 criaturas menos de las esperadas. Esta pérdida de nacimientos tiene importantes implicaciones desde el punto de vista social.²⁸ Con frecuencia, las respuestas para paliar sus efectos se han centrado en políticas restrictivas, como la remodelación del sistema de pensiones basado en recortes de derechos y prestaciones, y en la merma del bienestar de la población, sin que factores importantes que afectan al descenso de la natalidad hayan formado parte del debate.

Asimismo, desde el punto de vista individual este descenso de los nacimientos puede estar suponiendo un deterioro de la salud reproductiva de personas que desean tener descendencia pero que se enfrentan a condiciones de vida que no permiten su materialización. No es casualidad que haya sido en las edades más jóvenes (en las que el desempleo ha tenido más impacto) en las que la fecundidad ha tenido un mayor descenso. Por el contrario, se ha producido un aumento de los nacimientos de mujeres de mayor edad, de manera que en 2012 los nacimientos de madres de 40 y más años de edad aumentaron un 29% respecto a 2008.

Asimismo, no hay que olvidar las consecuencias, en términos de salud de la madre y de su criatura, que supone este retraso en la edad a la maternidad.

Una realidad con lo que hay que contar es con el impacto que las condiciones económicas tienen en la fecundidad. Aunque los resultados en ocasiones no son unánimes, sí parecen describir un carácter procíclico, destacando el efecto que el contexto económico (fundamentalmente el desempleo y la falta de perspectivas económicas) tiene sobre la intensidad de la fecundidad y, sobre todo, en su calendario. En el caso concreto de la crisis actual, se ha descrito su impacto en el conjunto de los países europeos, destacando su mayor efecto en España, así como el papel que las diferentes políticas pueden desempeñar para mitigar o aumentar dicho impacto. No parece observarse, sin embargo, un impacto reseñable de tendencia en los resultados del parto ni en el número de interrupciones voluntarias del embarazo.

Y en relación específicamente a la salud sexual, la población española tiene una buena percepción de su salud sexual y una buena disponibilidad de información al respecto. Las intervenciones de educación afectivo-sexual desarrolladas en algunas comunidades autónomas podrían haber contribuido a esta mejora, aunque la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva constata una gran variabilidad de procedimientos y contenidos educativos, y pocas evaluaciones en términos de resultados en salud sexual.

Los datos ponen de manifiesto la relevancia de nuevas fuentes de información sobre sexualidad. Mientras la escuela y los servicios de salud pierden importancia, crece el papel de las redes sociales e Internet como vía de información entre la juventud. Estudios realizados tanto en el ámbito nacional como internacional analizan los potenciales riesgos asociados a estos medios y advierten de que la pornografía, de fácil acceso en Internet, se está erigiendo en una fuente relevante de conocimiento sobre sexualidad entre la juventud, cuyos contenidos reproducen estereotipos machistas, violentos y poco tolerantes con la diversidad sexual. Existe un consenso creciente sobre la importancia de incidir en la educación sexual y afectiva de una forma integral e integrada. Diferentes agentes sociales, formales y no formales, son responsables de cumplir esta función, entre los cuales la escuela proporciona un escenario privilegiado para promover una sexualidad saludable desde edades tempranas. En la medida en que la crisis económica debilita el sistema educativo y sanitario, medios como Internet cubrirán estas carencias, en ocasiones con contenidos poco objetivos y rigurosos.

A pesar de la progresiva superación de estereotipos sexistas y de los avances en la tolerancia de las distintas expresiones de la sexualidad, aún existen manifestaciones de intolerancia, en particular hacia la sexualidad femenina. La diversidad sexual está más penalizada en las mujeres que en los hombres, ellas están más expuestas a la violencia sexual y hasta un tercio de los hombres en edad adulta tienen relaciones sexuales comerciales. Prostitución y violencia son fenómenos que se agravan con la crisis y el empobrecimiento femenino, y en los países con problemas económicos se describen aumentos en la población que la ejerce. La reducción del gasto público incrementa el desamparo económico de las víctimas y disuade a denunciar al agresor. Así lo confirma el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, con una reducción del 10% de las denuncias por violencia machista entre 2008 y 2013, y un ligero aumento de las renuncias a continuar con el proceso judicial.

Se muestran un descenso en el uso de anticonceptivos desde 2007, así como la ausencia de medidas de protección frente a las ITS en una quinta parte de las relaciones ocasionales o esporádicas. Esta realidad, junto con una incidencia creciente de sífilis, gonococia o VIH en algunos colectivos, evidencia la necesidad de incidir en las estrategias de sexo seguro. El creciente peso relativo de los casos de sida y de infección por el VIH en población extranjera, a la vez que su exclusión de la atención sanitaria pública en caso de situación irregular según la Ley 12/2012, puede suponer un mayor riesgo de transmisión de ITS. Este fenómeno se ha experimentado en Grecia, con un notable incremento de los casos de VIH. Algunos estudios en

población española cuestionan estas medidas restrictivas, que lejos de generar ahorro ponen en riesgo la salud pública del país y aumentan los gastos sanitarios a medio plazo. Mantener la tendencia decreciente del sida exige, además de reforzar las medidas de prevención y vigilancia, garantizar la asistencia a las personas con mayor riesgo.

El valor de los datos aquí expuestos estriba en que se ha realizado un diagnóstico conjunto de datos que habitualmente se encuentran dispersos, para realizar una lectura integral de la situación de la salud sexual y reproductiva. Aunque a partir de ellos no puede establecerse una causalidad, sí se detectan áreas particularmente vulnerables en la salud sexual y reproductiva, que pueden ser en especial susceptibles a la crisis o a las medidas anticrisis. Evitar el deterioro de la salud sexual y reproductiva requiere profundizar en el conocimiento y la vigilancia de los problemas, y reforzar los compromisos institucionales sobre las áreas y los colectivos más vulnerables.

El concepto de derechos sexuales está en constante evolución y revisión. Su conceptualización es fruto de un proceso que ha ido gestándose a partir de las reivindicaciones de los movimientos sociales, como el movimiento internacional de mujeres o las organizaciones internacionales como Amnistía Internacional, Human Rights Watch o los grupos LGTB (lesbianas, gays, transexuales y bisexuales). De la misma manera, diferentes organizaciones tales como la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y la Asociación Mundial de Sexología (WAS), han reconocido y formulado declaraciones explícitas sobre los derechos sexuales.

Debemos recordar , en este punto, que **el Sindic de Greuges ha tramitado**, entre otras, **dos quejas** , una la queja nº 20020391, presentada por el Col.lectiu Lambda de Lesbianes, Gais y Transsexuals dirigida a la Conselleria de Sanidad relativa a la cirugía de cambio de sexo en la que se recomendaba *la gratuidad de la misma, para aquellas personas que la solicitaran* y la queja nº 201315639) presentada por las asociaciones y colectivos Diversitat; LGTB, Lamba Vaelencia; Diversament y GALEHI sobre el acoso escolar homofóbico y transfóbico que cerró en 2014 por aceptación de la resolución por parte de la Consellería de Educación, Cultura y Deportes en la que se recomendaba *la actualización de la normativa reguladora de elaboración de los Planes de Convivencia en los centros educativos de la Comunitat Valenciana y sus protocolos*.

Por cuanto antecede y de conformidad con lo previsto en el art. 29 de la Ley de la Generalitat Valenciana 11/1988, de 26 de diciembre, reguladora de esta Institución, se le efectúa

A la Consellería de Bienestar Social, a la Consellería de Sanidad y a la Consellería de Educación, Cultura y Deportes la **RECOMENDACIÓN** de que articulen instrumentos de coordinación para que los proyectos, planes y/o acciones en relación a los derechos sexuales y reproductivos que en base a sus respectivas competencias deban desarrollar conjuntamente, se realicen de forma eficiente y eficaz garantizando los derechos relativos a la igualdad entre mujeres y hombres.

Y las siguientes **SUGERENCIAS**:

A la Consellería de Bienestar Social:

- Garantizar la formación específica de las 31 agentes de Igualdad en relación a los derechos sexuales y reproductivos, incluyendo los derechos relativos a las Nuevas Tecnologías Reproductivas con especial atención a las mujeres más

La autenticidad de este documento electrónico puede ser comprobada en <https://seu.elsindic.com>

Código de validación: *****

Fecha de registro: 04/03/2015

Página: 21

vulnerables y a aquellas con opciones sexuales LGTB, con el objetivo de ampliar la información que se dan en dichos centros.

- Promover la formación especializada y medidas específicas de apoyo a la inserción laboral que contemple especialmente a las mujeres discapacitadas, sobre todo en aquellos aspectos que puedan redundar en el mejor mantenimiento de su estado de salud o evitación de empeoramiento del mismo.
- Ampliar la temática de los talleres que se imparten en relación a los derechos sexuales y reproductivos, específicamente sobre anticoncepción e interrupción voluntaria del embarazo así como los relativos a la diversidad sexual y los derechos de salud.
- Reforzar, dada la crisis económica actual, el servicio especializado en el acompañamiento a la iniciativa empresarial de las mujeres.
- Conectar la red Infodona de información telefónica a la línea 900 de los Centros 24 h para garantizar la gratuidad a las usuarias de los Centros Infodona, ampliando la información a los derechos en salud sexual y reproductiva así como a los derechos de las mujeres en general.

A la Consellería de Educación, Cultura y Deporte:

- Promover las medidas necesarias para garantizar la oferta de enseñanza no reglada, especialmente para las mujeres de las zonas rurales, con el objetivo de que desarrollen sus capacidades en relación a su salud, a las microempresas, a la agricultura y a sus derechos legales.
- Promover la eliminación de los persistentes estereotipos sexistas en libros de texto y materiales didácticos, de apoyo y guía, estableciéndose criterios y diseñándose recomendaciones dirigidas a todos los sujetos implicados, editoriales, profesores, autoridades educativas y asociaciones de padres.
- Aumentar la cobertura del Programa PIEs, desarrollado conjuntamente con la Conselleria de Sanidad, incluyendo a mayor número de alumnos y alumnas de 3ª de ESO, planteándose la ampliación del mismo al 2º curso de la ESO.
- Elaboración de Planes anuales de coeducación en cada nivel educativo (infantil, primaria, secundaria y universitaria) para implantar y garantizar la educación en igualdad y para la igualdad entre los géneros en el sistema educativo valenciano.

A la Consellería de Sanidad:

- Implementar acciones específicas de promoción de salud sexual, teniendo en cuenta los determinantes sociales, culturales, económicos y de género, visibilizando los diferentes contextos de vulnerabilidad en los distintos grupos poblacionales. (grupo etáreos; discapacidades; opciones y orientaciones sexuales; identidades de género: transexualidad; personas VIH positivas; migración; violencia sexual).
- Promover información y educación sanitaria integral con perspectiva de género a todos los grupos poblacionales, para que desde un conocimiento integral de la sexualidad, puedan manejarse responsablemente a lo largo de su vida.
- Promover acciones, en el marco de la promoción de la salud, para aumentar el conocimiento de la diversidad sexual y de género, y la igualdad y el respeto a lesbianas, gays, transexuales y bisexuales.
- Promover una atención sanitaria de calidad basada en las necesidades de las mujeres y los hombres, teniendo en cuenta los determinantes sociales y de género.

La autenticidad de este documento electrónico puede ser comprobada en <https://seu.elsindic.com>

Código de validación: *****

Fecha de registro: 04/03/2015

Página: 22

- Impulsar las medidas que tiendan a garantizar la accesibilidad universal a las prácticas clínicas efectivas de planificación de la reproducción, mediante la incorporación de anticonceptivos de última generación cuya eficacia haya sido avalada por la evidencia científica, en la Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunitat Valenciana.
- Garantizar el acceso a las Técnicas de Reproducción Asistida en el marco de la Cartera de Servicios de la Comunidad Valenciana a las mujeres solas y a aquellas que independientemente de su opción sexual quieran hacer efectivo su derecho a la maternidad.
- Elaborar el Plan Estratégico de salud sexual y reproductiva de la Comunidad valenciana

Asimismo, de acuerdo con la normativa citada, le agradeceremos nos remitan en el plazo de un mes, el preceptivo informe, en el que nos manifieste la aceptación o no de la Recomendación y de las Sugerencias que se realizan o, en su caso, las razones que estime para no aceptarlas.

Para su conocimiento, le hago saber, igualmente, que a partir de la semana siguiente a la fecha en la que se ha dictado la presente resolución, ésta se insertará en la página web de la Institución.

Atentamente le saluda,

José Cholbi Diego
 Síndic de Greuges de la Comunitat Valenciana